Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE CONTRATACIÓN
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 04
FECHA: 2024-02-22

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 5024 2024	**C.D.P. No.:**	2874	**Proceso que pertenece:**	MISIONAL
				Servicio al que pertenece:	URGENCIAS
				Unidad a la que pertenece:	HOSITAL SAN BLAS

Nombre del Contratista:	JOAN SEBASTIAN MARENTES TRIVIÑO	**C.C.**	1.015.429.407	**de:**	BOGOTA D.C.
Fecha Inicio:	2024-09-16	**Fecha Terminación inicial:**	2024-10-31	**Valor Mensual:**	$ 3.005.100
				Valor a cobrar:	$ 801.360

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	SEPTIEMBRE	$ 801.360	NUEVO	NUEVO	NUEVO
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 4.507.650	$ 4.507.650	$ 801.360	$ 3.706.290

2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II (AMBULANCIA) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2024-09-16 **Hasta:** 2024-09-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	
		ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	1. Recibir y entregar turno de acuerdo a los protocolos de la entidad	DURANTE EL PERIODO SE DIO CUMPLIMIENTO ACORDE AL LINEAMIENTO	Libro de novedades de traslados de la movil asignada
2	2. Controlar los signos vitales de cada uno de los pacientes trasladados dentro de las unidades de la Subred con la periodicidad requerida según condición clinica informando al médico y enfermera las alteraciones encontradas y registrándolos en la historia clínica del traslado.	DURANTE EL PERIODO SE DIO CUMPLIMIENTO ACORDE AL LINEAMIENTO	bitacoras de traslados de la movil asignada
3	3. Orientar a los familiares de los pacientes para exámenes diagnóstico de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnología requerida, según normas establecidas para cada procedimiento.	DURANTE EL PERIODO SE DIO CUMPLIMIENTO ACORDE AL LINEAMIENTO	bitacoras de traslados de la movil asignada
4	4. Realizar actividades propias del cuidado de enfermería previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud.	DURANTE EL PERIODO SE DIO CUMPLIMIENTO ACORDE AL LINEAMIENTO	bitacoras de traslados de la movil asignada
5	5. Notificar inmediatamente las acciones inseguras ocurridos a sus pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el aplicativo dispuesto para ello.	DURANTE EL PERIODO SE DIO CUMPLIMIENTO ACORDE AL LINEAMIENTO	bitacoras de traslados de la movil asignada
6	6. Informar a la enfermera jefe del servicio y médico tratante, sobre los cambios del estado clínico de los pacientes en forma oportuna y adecuada.	DURANTE EL PERIODO SE DIO CUMPLIMIENTO ACORDE AL LINEAMIENTO	bitacoras de traslados de la movil asignada
7	7. Realizar la lista de chequeo instaurada en la subred, verificando cumplimiento de requerimiento de los pacientes que van a ser trasladados	DURANTE EL PERIODO SE DIO CUMPLIMIENTO ACORDE AL LINEAMIENTO	bitacoras de traslados de la movil asignada
8	8. Mantener limpia y ordenada la ambulancia asignados durante el turno.	DURANTE EL PERIODO SE DIO CUMPLIMIENTO ACORDE AL LINEAMIENTO	bitacoras de traslados de la movil asignada
9	9. Realizar registros clinicos en forma oportuna, diligenciando todas las casillas correctamente y dando cumplimiento a la resolución 1995/1999, entregando el soporte en un término no mayor a 24 horas en el área correspondiente	DURANTE EL PERIODO SE DIO CUMPLIMIENTO ACORDE AL LINEAMIENTO	bitacoras de traslados de la movil asignada

10	10. Cumplir las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas Institucionales.	DURANTE EL PERIODO SE DIO CUMPLIMIENTO ACORDE AL LINEAMIENTO	bitacoras de traslados de la movil asignada
11	11. Responder por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la camilla de la móvil.	DURANTE EL PERIODO SE DIO CUMPLIMIENTO ACORDE AL LINEAMIENTO	bitacoras de traslados de la movil asignada
12	12. Aplicar, acatar y cumplir con los procesos, procedimientos, guías y demás normas definidas por la entidad, de conformidad con el objeto del contrato.	DURANTE EL PERIODO SE DIO CUMPLIMIENTO ACORDE AL LINEAMIENTO	bitacoras de traslados de la movil asignada
13	13. Contar con la disposición de asistir a reuniones y capacitaciones programadas por la entidad. 14. Realizar la desinfección oportuna de la camilla de acuerdo al protocolo establecido para ello y según patología del paciente.	DURANTE EL PERIODO SE DIO CUMPLIMIENTO ACORDE AL LINEAMIENTO	bitacoras de traslados de la movil asignada
14	15. Reponer en farmacia los insumos utilizados por el paciente durante el traslado.	DURANTE EL PERIODO SE DIO CUMPLIMIENTO ACORDE AL LINEAMIENTO	bitacoras de traslados de la movil asignada
15	16. Recibir y entregar al paciente a la enfermera del servicio correspondiente de acuerdo a la unidad de origen y de destino.	DURANTE EL PERIODO SE DIO CUMPLIMIENTO ACORDE AL LINEAMIENTO	bitacoras de traslados de la movil asignada
16	17. Realizar el control de líquidos administrados y eliminados registrando en forma oportuna y adecuada los resultados.	DURANTE EL PERIODO SE DIO CUMPLIMIENTO ACORDE AL LINEAMIENTO	bitacoras de traslados de la movil asignada
17	18. Portar el uniforme de forma adecuada teniendo en cuenta las normas de presentación personal.	DURANTE EL PERIODO SE DIO CUMPLIMIENTO ACORDE AL LINEAMIENTO	bitacoras de traslados de la movil asignada
18	19. Ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada conservando el respeto por la dignidad humana.	DURANTE EL PERIODO SE DIO CUMPLIMIENTO ACORDE AL LINEAMIENTO	bitacoras de traslados de la movil asignada
19	20. Impartir educación al paciente y a la familia sobre los cuidados específicos a tener en casa de acuerdo a la situación clínica del paciente.	DURANTE EL PERIODO SE DIO CUMPLIMIENTO ACORDE AL LINEAMIENTO	bitacoras de traslados de la movil asignada
20	21. Mantener la reserva de la información clínica y personal de los pacientes	DURANTE EL PERIODO SE DIO CUMPLIMIENTO ACORDE AL LINEAMIENTO	bitacoras de traslados de la movil asignada
21	22. Ejercer las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio.	DURANTE EL PERIODO SE DIO CUMPLIMIENTO ACORDE AL LINEAMIENTO	bitacoras de traslados de la movil asignada
22	23. Recibir y entregar el turno de acuerdo a lo acordado con el Supervisor y de conformidad al objeto misional de la Entidad.	DURANTE EL PERIODO SE DIO CUMPLIMIENTO ACORDE AL LINEAMIENTO	bitacoras de traslados de la movil asignada
23	24. Conocer y cumplir la política de seguridad del paciente reportar evento adverso e incidentes datos que servirán para formula acciones de mejoramiento o planes de mejoramiento.	DURANTE EL PERIODO SE DIO CUMPLIMIENTO ACORDE AL LINEAMIENTO	bitacoras de traslados de la movil asignada
24	25. Utilizar el teléfono institucional para tramite dentro de la SISSCO, propender por el adecuado uso y tener cargado el equipo todo el tiempo.	DURANTE EL PERIODO SE DIO CUMPLIMIENTO ACORDE AL LINEAMIENTO	bitacoras de traslados de la movil asignada
25	26. Conocer y cumplir con las recomendaciones que la ARL Y/O Area de Seguridad y Salud en el Trabajo recomienden con ocasion a la realizacion de su actividad contractual que lo clasifique como riesgo 4 o 5. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	DURANTE EL PERIODO SE DIO CUMPLIMIENTO ACORDE AL LINEAMIENTO	acta de asistencia
26	27. Asistir y participar en las capacitaciones, socializaciones, espacios técnico-científicos que se programen desde la entidad.	DURANTE EL PERIODO SE DIO CUMPLIMIENTO ACORDE AL LINEAMIENTO	acta de asistencia

Observaciones: SE REALIZAN 84 HORAS UNIDAD SAN BLAS

Nota: Es deber contractual anexar la certificación del pago a Salud, pensión y ARL. En caso de tener contrato nuevo adjuntar el soporte de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizante y afiliación a pensión., Teniendo en cuenta que con la implementación del Decreto 1273 de 2018 el pago de aportes se hace de manera vencida de acuerdo con las fechas establecidas en el Decreto 1990 de 2016.

Firma del Contratista

C.C. **1.015.429.407** **de** **BOGOTA D.C.**

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO	
NOMBRE:	**FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO**
CARGO:	**DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05**
FIRMA	

CUENTA DE COBRO No 01

FECHA: 30/09/2024

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.
Nit. 900.959.051.7

DEBE A:
JOAN SEBASTIAN MARENTES TRIVIÑO
C.C. 1015429407

LA SUMA DE

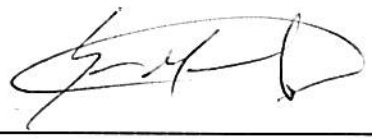
OCHOCIENTOS UN MIL TRECIENTOS SESENTA PESOS

($ 801.360)

Por concepto de **72 HORAS,** honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. **PS 5024 2024** , con afiliación a **ARL RIESGO 4** correspondiente al mes de **SEPTIEMBRE DE 2024**.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II (AMBULANCIA) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Cordialmente



JOAN SEBASTIAN MARENTES TRIVIÑO
C.C. 1015429407
CELULAR: 3505336855
CRA 93 B 34 SUR 15
CUENTA AHORROS BANCO DAVIVIENDA N°0570004870416205

ARL

sura

Medellín, 17 de septiembre de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que JOAN SEBASTIAN MARENTES TRIVIÑO con documento de identidad C1015429407, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIE con NIT N900959051.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2024-09-17	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	RIESGO IV	0000000002	4	4.35	EN COBERTURA

VIGILADO

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JOAN SEBASTIAN MARENTES TRIVIÑO identificado(a) con CC 1015429407 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	25/04/2013
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 18 días del mes septiembre del 2024.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales

COLFONDOS ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS

NIT 800.149.496-2

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) JOAN SEBASTIAN MARENTES TRIVIÑO, identificado(a) con C.C 1.015.429.407, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6 y al Fondo Cesantias NIT 800.198.644-5.

Se expide la presente certificación a la fecha 03 de septiembre de 2024.

El presente certificado emitido contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.

Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **18/09/2024**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,
A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor JOAN MARENTES** con **Cédula de Ciudadanía** número **1015429407**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**0570004870416205**
Fecha de apertura	**28/02/2014**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA